



### המועצה המקומית אעבלין

שאלון אישי / בקשה למשרה פנויה

המועצה המקומית אעבלין	מכרז		הוראות למילוי הטפס
		המשרה	<p>הטופס ימלא בכתב ברור ויצורפו אליו העתקים של תעודות המעידות על השכלת המועמד ונסיונו וכל אישור רלוונטי. בדיקת כשירות המועמד בהתאם לתנאי הסף תבדק בהתאם למסמכים שיצורפו לבקשה. המועמד ימלא את הבקשה על כל המצורפים וימסור אותה למזכירות בלשכת ראש המועצה. בקשות שיתקבלו לאחר המועד האחרון יוחזרו למבקש או יתויקו ולא נתיחס אליהם.</p>
		היחידה	
		הדרגה	

#### 1. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
ת.ל.	מין	טלפון	
	ז / נ		
כתובת מלאה	ת.ד.	רח' ומס' בית	יישוב
			מיקוד

#### 2. פרטי המשפחה:

מצב משפחתי	שם בן/בת הזוג	עיסוק בן/בת הזוג	מקום העבודה

#### 3. הילדים:

שם	ת.ל.	ת.ז.	שם	ת.ל.	ת.ז.

#### 4. ידעת שפות: שליטה מליאה = שליטה חלקית = V

שפות	קריאה	כתיבה	דיבור
ערבית			
עברית			
אנגלית			

# مجلس عبلين المحلي

## מועצה מקומית אעבלין



### 5. השכלה:

מקצועית	אחר	גבוהה	תיכון	פרטי השכלה
				מס' שנות לימוד
				תאריך גמר
				שם המוסד
				מקום המוסד
				תואר / תעודה
				הערות

יש לצרף תעודות.

### 6. השתלמויות מקצועיות:

שם הקורס	משך הלימודים	מועדו	המקום	תעודת גמר

יש לצרף תעודות

### 7. פרטי שירות במסגרת השלטון המקומי או בשירות המדינה:

תאריך התחלה	מקום	תפקיד	מעמד	דרגה

### 8. תעסוקה מחוץ למסגרת השלטון המקומי או שירותי המדינה:

מועד	מ		פרטי בתעסוקה	שם המעביד	כתובת	סוג העבודה	התפקיד	סיבת הפסקת העבודה
	עד	עד						



9. קרובי משפחה המועסקים ברשות המקומית או המכהנים כחברי מועצת הרשות:

שם	קרבה	היחידה	המקום	התפקיד

10. בחינות:

נבחנתי בעבר ע"י הרשות	בכתב / בעל-פה	בתאריך	המקום	למשרה
כן / לא				

11. האנשים הבאים מכירים אותי ויכולים להמליץ עלי:

השם	המקצוע	הכתובת

1. הנני מציע בזה את מועמדוטי למשרה הפנויה הנ"ל.
2. הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם נכונים.

חתימה

תאריך



תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס הצהרה על קרבת משפחה המקומית**  
**(בהתאם לחוק ולחוזר המנכ"ל 3/2011 על כלל עדכונים)**

**קרבת משפחה:** צו המועצות המקומיות, (נוהל קבלת עובדים לעבודה) סעיף 106 ("קרבת משפחה" – בן/בת זוג, הורה, בן, בת, אח, אחות, גיס, גיסה, דוד, דודה, בן אח, בת אח, בן אחות, בת אחות, חותן, חותנת, חם, חמות, חתן, כלה, נכד, נכדה, לרבות חורג או מאומץ ולרבות בני זוגם, צאצאיהם ובני הזוג של הצאצאים).

**חלק א' - פרטי המועמד/ת:**

שם מלא של המועמד/ת:	התפקיד אליו הוגשה מועמדות במכרז:	תאריך הגשת המועמדות/ועדת הבחינה
ת.ז. מס'	סוג המכרז (סמן בעיגול):	
	פנימי/פומבי	

**חלק ב: קרבה משפחתית עם נבחר ציבור:**

**אין** ביני לבין ראש המועצה מר מאמון שיח ו/או סגן מ"מ ראש המועצה מר יוסף ג'רג'ורה ו/או סגן ראש המועצה מר סוהיל קסום ו/או חברי המועצה: מר יוסף יעקב, מר יוסף עותמאן, מר חוסין ח'ליפה, מר ראמי מארון, מר עבדאללה מואסי, מר מחמוד מריסאת, מר אליאס פרעוני, מר נאיף סקראן / מר נדאל אדריס קרבה משפחתית כהגדרתה לעיל.

**יש** ביני לבין הבאים יו"ר ו/או סגן מ"מ ו/או סגן ו/או חבר מועצה ששמותיהם מפורטים לעיל קרבה משפחתית כמפורט להלן:

שם נבחר הציבור	תפקיד נבחר הציבור	מהות הקרבה

**חלק ג - קרבה משפחתית עם עובד מועצה:**

**אין** לי קרוב משפחה בהתאם להגדרה לסעיף 106 בצו המועצות המקומיות, (נוהל קבלת עובדים לעבודה) המפורטים בהגדרה לעיל שעובד ביחידה מיחידות המועצה.

**יש** לי קרוב משפחה שעובד ביחידה מיחידות המועצה כמפורט להלן:

שם העובד	תפקיד, יחידה, מחלקה	מהות הקרבה

**הצהרות המועמד בנוגע למסמך:**

(א) ידוע לי כי במידה ויוחלט בוועדת הבחינה או ועדת האיתור או הנהלת המועצה על מילוי תפקיד במועצה וקיימת ביני לבין מי מנבחר הציבור ו/או עובדי המועצה קרבה כמוגדר בחוזרי מנכ"ל משרד הפנים, כי מועמדותי לתפקיד המוצע מותנית בהחלטת ועדת השירות/וועדת מינהל השירות באגף כ"ח במשרד הפנים בנוגע לקרבה המשפחתית ולבחינת השפעה בין התפקיד המוצע לתפקידי קרובי משפחתי העובדים ברשות המקומית.

(ב) ידוע לי כי הדיון בוועדת השירות/בוועדת מינהל השירות מתקיים ללא נוכחותי ועל סמך מסמכים בכתב בלבד, המועברים לוועדה **מטעם הרשות המקומית ומטעמי** כפי שיידרש.

(ג) הנני להצהיר כי כל האמור לעיל הוא נכון ואמת, ואני מתחייב להודיע למועצה באופן מידי על כל שינוי עובדתי שיחול במשך הזמן בקשר עם ו/או בהתייחס להצהרתי זו. הודעה כאמור תהיה מפורטת ותינתן בכתב.

כל האמור לעיל בלשון הזכר חל המין האחר

שם המועמד:	חתימת המועמד:	תאריך:

אעבלין מיקוד 30012 ת.ד. 172

טל, 04-9866594 פקס 04-9869192

# مجلس عبلين المحلي

## מועצה מקומית אעבלין



### הצהרת בריאות

תאריך: \_\_\_\_\_

### פרטי המועמד/ת:

שם מלא	ת.ז. מס'	תפקיד
כתובת מלאה		מחלקה

מצב בריאות – פרט מחלות כרוניות ו/או קשות מהן סבלת בעבר ובהווה:


האם עברת ניתוחים = כן לא (היקף בעיגול)  
אם כן פרט:


האם אתה מרגיש כשיר ונכון מבחינה בריאותית לעבודה שיועדה לך במסגרת הרשות המקומית = כן לא (היקף בעיגול)

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא = כן לא (היקף בעיגול)  
אם כן פרט:


הצהרת העובד: הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל מלאים ונכונים.

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_